長照機構結核病防治症狀篩檢表

機構名稱：_____　　年　月

機構填寫																	衛生局填寫		
編號	姓名	IGRA結果	篩檢日期			七分篩檢					其他					總分	是否轉介(總分≥5分者才需填		
			(MM)	(DD)	無法評估(住院中/其它)	咳嗽兩週(0/2)	有痰(0/2)	胸痛(0/1)	食慾差(0/1)	體重減輕(一個月內體重減輕5%)(0/1)	咳嗽三個月(0/5)	有痰三個月(0/5)	午間低度發燒(耳溫≥ 37.5度,3天以上)	夜間盜汗(3天以上)(0/1)	咳血(0/5)		否	是/轉介日期	

※本表每月填寫1份，請於次月5日前交給衛生局。
※IGRA陽性未治療或中斷治療者篩檢頻率為每2週1次，請另新增一列記錄當月第2次篩檢結果。